5

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Mlle MADELEINE TESSIER

ETABLISSEMENT

de la Ménopause

Président : M. le Professeur S. POZZI

PARIS
LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VIe Art). — PARIS.
(Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)
1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercices

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECENE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI.	RETTERER
BROCA André	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET André	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBE Marcel	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE.	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien de l'Hôpital Broca

AVANT-PROPOS

A la veille de terminer cette longue période de nos années d'études, qu'il nous soit permis d'adresser un mot de remerciement à ceux qui ont bien voulu nous aider de leurs conseils et nous soutenir de leur sympathie.

Nous ne saurions oublier nos maîtres de l'Ecole de Médecine de Caen, et c'est un vif sentiment de reconnaissance que nous inspire le souvenir de nos débuts médicaux.

Nous remercions tout particulièrement M. le docteur Auvray et M. le docteur Gidon, qui, par leur tact et leur longue expérience, surent aplanir pour nous bien des difficultés, et nous rendre moins pénibles les premiers temps passés à l'hôpital et à l'amphithéâtre.

Nous voulons remercier M. le docteur Frémont du bon accueil que nous avons toujours trouvé auprès de lui, et aussi MM. Guillet, Moutier, Catois, Gosselin, Léger, Le Roux et Audrain.

A Paris, M, le professeur agrégé Broca voulut bien nous bien accepter comme élève ; un séjour de plus d'un an dans son service de Chirurgie aux Enfants Malades nous a permis de profiter, non seulement de son enseignement clinique, mais aussi de toutes les ressources qu'offre son service au point de vue pratique, et qu'il a bien voulu mettre à notre disposition. Nous le remercions encore de la grande bienveillance qu'il nous a toujours témoignée depuis lors, et lui en garderons le souvenir le plus reconnaissant.

Nous adressons l'expression de notre gratitude à M. le Prof. agrégé Potocki dans le service duquel nous avons fait notre stage d'accouchements à la Maternité de la Pitié ; à M. le Prof. agrégé Marfan, médecin à l'hôpital des Enfants-Malades.

Nous ne pourrions terminer sans remercier aussi M. le docteur Jayle, ancien Chef de Clinique de la Faculté de Paris, de son bienveillant intérêt à notre égard, et de son appui qui nous a été si précieux. Nous lui devons en outre l'inspiration de notre thèse, et un certain nombre d'observations qu'il a bien voulu nous communiquer.

Nous ne saurions oublier M. Masson, éditeur, et nous tenons à le remercier tout spécialement pour l'aide qu'il nous a si aimablement donnée, et que nous avons grandement appréciée.

Nous prions enfin M. le professeur Pozzi d'agréer l'expression de notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

La vie de la femme, dont le cours est une succession de fonctions, offre des époques où leurs modifications sont marquées par des caractères spéciaux qui deviennent, pour le médecin, l'objet d'une attention particulière. Les soins dont il faut entourer la jeune fille à l'époque de la puberté ont déjà une certaine importance, parce qu'il convient d'abord de développer en elle la femme saine et vigoureuse, capable de remplir les devoirs que la famille et la société sont en droit d'attendre d'elle. Vient ensuite l'époque active où la conservation de l'espèce, dont le soin lui est confié, rend parfois son existence si pénible. Mais il n'est pas sans intérêt, de suivre encore la femme dans cette dernière étape de sa vie, où, cessant d'être soumise à l'influence des organes qui constituent son sexe, toutes ses fonctions n'ont plus d'autre but que celui de sa propre conservation.

La cessation des règles qui marque cette époque fixée par la nature, est un phénomène physiologique et comme tel, devrait s'accomplir sans troubles. Mais si cela se présente quelquefois, il n'en est pas ainsi dans la grande majorité des cas, et nombreuses sont les femmes qui doivent avoir recours au médecin pendant les quelques années qui accompagnent et suivent l'établissement de la ménopause. C'est pourquoi nous voyons de tout temps, les auteurs s'intéresser à cette question.

Les anciens s'occupaient peu des vieillards, et en particulier des femmes dont la mission se trouvait terminée ; nous retrouvons cependant quelques aphorismes d'Hippocrate (V^e^ siècle avant J.-C.), ayant trait aux maladies des femmes et aux troubles accompagnant la cessation des règles. Puis viennent quelques écrits de Galien vers l'an 200. Un peu plus tard Paul d'Egine développe la question et Rhazès (médecin arabe, 850-923) reprenant ses idées, laisse quelques chapitres gynécologiques, entre autres celui qui nous intéresse le plus au point de vue de la ménopause : *De ulceribus matribus*, où il donne la première description nette de ce qui devait être le cancer de l'utérus.

Il est inutile cependant de remonter aussi loin et nous passerons à Forestus qui en 1563 écrivit le « De mulierum morbis » où il s'occupe des troubles de la menstruation et en particulier de la phlegmasie utérine susceptible de se terminer par un abcès.

Quelques chapitres d'Ambroise Paré au XVI^e^ siècle,

de Morgagni, Valsalva, Mauriceau vers 1700, et nous arrivons à Astruc, professeur royal de médecine et médecin consultant du Roy qui, en 1765, écrit un Traité des maladies des femmes, dans lequel un chapitre est réservé à la cessation des règles et aux accidents qu'elle peut entraîner.

Nous y trouvons un exposé de cette médication qui fut longtemps en faveur. Il préconise en effet : les saignées : tous les mois pour certaines malades, deux ou trois fois l'an chez les autres ; les purgatifs doux : tamarin, casse, manne, rhubarbe ; les diurétiques légers. Il conseille un régime peu nourrissant, aqueux ; interdit les veilles, les passions trop vives, les exercices violents, les alcools et les vins ; reconnaît comme dangereux « l'usage du mariage », surtout quand il occasionne un écoulement de sang. Astruc enfin se défie des règles qui persistent après cinquante ans, et s'exprime ainsi :

« J'ai vu des femmes, dit-il, qui avaient passé cet âge et qui se glorifiaient d'être encore réglées comme de jeunes femmes. En les examinant avec soin, j'ai toujours trouvé que ces prétendues règles étaient un véritable état de maladie et provenaient, ou de quelque exulcération ou de quelque disposition variqueuse, et la plupart de ces femmes finissaient par un cancer ou un ulcère de la matrice ». L'auteur considérait l'âge normal de la ménopause comme variant de 45 à 50 ans.

Dans le cours du siècle dernier, bon nombre de thèses et d'ouvrages furent déposés dans les Facultés ayant

trait à la même question. Béclard présenta le 14 Prairial de l'an X un essai sur les « maladies des femmes à l'époque de la cessation des menstrues ». Nous y apprenons par lui que « le citoyen Pinel, professeur de pathologie interne », réserva dans son cours de la même année quelques leçons pour y développer ce sujet, divisant en deux séries les maladies à étudier : 1° celles qui sont propres à l'utérus : hémorragies, flux séreux, inflammations, cancers, etc. ; 2° les affections générales.

L'an X nous laisse encore la thèse de Royer-Collard sur « la suppression du flux menstruel ».

De 1812 à 1818, une quinzaine de thèses environ témoignent de l'intérêt que l'on prit à la question et des recherches dont elle fut l'objet.

Vers 1818, nous trouvons employé pour la première fois le terme « ménespausie » (de μην, mois, et παυζις, cessation) qui devait devenir « ménopause » seulement vers 1840.

Et encore les auteurs semblent-ils craindre que leurs lecteurs soient peu familiarisés avec lui, car ils s'expliquent dès le titre : Ménespausie ou cessation des menstrues. De la ménopause, ou de l'âge dit critique chez la femme.

De 1820 à 1900, 32 thèses sont présentées à la Faculté de Paris, étudiant tantôt les différents aspects sous lesquels se présente la ménopause, tantôt ses rapports avec le cancer de l'utérus (1827), avec les maladies mentales (1849), les accidents nerveux qui l'accompagnent (1877), les troubles de la sensibilité génésique

1867), tantôt enfin traitant de sa physiologie, de son hygiène, et des moyens préservatifs des maladies qu'elle engendre.

Courty, professeur à la Fac. de Médecine de Montpellier, fait paraître en 1872 un Traité pratique des maladies de l'utérus et des annexes : il y étudie les altérations des fonctions de ces organes, et la ménopause. Il cite des exemples d'anomalies rares : 1° de ménopause précoce : une femme, réglée à 17 ans, cessa de l'être à 28 ; 2° de ménopause apparente : une femme cesse d'être réglée à 40 ans ; elle l'est de nouveau pendant un an, devient enceinte, met au monde un enfant vivant, et la cessation définitive des règles s'établit.

Courty cite enfin l'exemple de Renaudin : une dame ménopausée normalement vers 48 ou 50 ans, accoucha à 61 ans d'un enfant qui a vécu.

Nonat, de la Faculté de Paris, donna en 1874 un Traité semblable :

Mélier, dès 1833, laissa quelques bons Mémoires à l'Académie Royale de Médecine. C'est à lui que revient d'avoir répandu l'emploi des topiques contre les ulcérations du col, et surtout des injections directes sur l'utérus.

Enfin, depuis 10 ans environ, tant en France qu'à l'étranger, la question de la ménopause ne cesse d'être étudiée et approfondie.

Les travaux si précis et complets du Dr Jayle sur la Ménopause artificielle nous montrent l'analogie des troubles que l'on observe chez les femmes après la cas-

tration, et ceux qui accompagnent la ménopause normale. Et cette similitude de symptômes nous amène à croire ce que l'on admet maintenant : il y a dans les deux cas suppression de la secrétion interne de l'ovaire, dont l'action antitoxique hypotensive, modératrice des nerfs du cœur, accélératrice des processus de combustion et d'oxydation, contribue à maintenir l'équilibre de l'organime. (Siredey, 1911.)

Notons encore la thèse de Mme Darcanne-Mouroux sur la Ménopause précoce, en 1905. Citons enfin le Traité de Gynécologie, universellement connu et apprécié, de M. le professeur Pozzi, et le tout récent Traité de Faure et Siredey.

PREMIÈRE PARTIE

Nous avons l'intention, dans ce travail, non seulement d'étudier les troubles de la ménopause, connus depuis si longtemps, mais surtout de voir et de préciser comment s'*établit* la ménopause, les variations de l'âge d'après l'état de santé des femmes, leur vie génitale antérieure ; l'intensité des troubles produits dans leur organisme suivant qu'elles ont été plus ou moins surmenées, malades ou éprouvées. Nous verrons quelles sont les diverses influences susceptibles de s'exercer sur la ménopause, et le rapport qu'il peut y avoir entre la suppression des règles et la présence de fibrômes, de cancers de l'utérus et aussi de l'état de sclérose de l'organe.

Age de la ménopause. — D'après les auteurs, elle est précoce chez les femmes nerveuses ; après les accouchements répétés, la lactation prolongée, qui amènent une atrophie utérine, une supérinvolution de l'or-

gane. Elle peut l'être encore, sans raison apparente, chez des femmes réglées tard, perdant peu, stériles ou peu fécondes. L'hérédité, la race, ne sont pas sans influence ; les juives, par exemple, sont généralement ménopausées de bonne heure. Le climat influe également ; dans les pays chauds, les femmes, réglées très jeunes, sont mariées et parfois mères de famille à quatorze ou quinze ans, et sont, en revanche ménopausées beaucoup plus tôt que celles de nos pays tempérés.

Les climats froids qui retardent la puberté, retardent également la suppression des règles. Nous relevons à ce sujet une étrange particularité, dans un article de *Walter Heape*, en 1899 (1) : les femmes de certaines peuplades des régions glacées de l'extrême nord ne seraient pas régulièrement réglées pendant les mois d'hiver, et seraient plus généralement fécondées pendant une saison spéciale, déterminée.

L'auteur y voyait une analogie avec certaines races de singes, dont les femelles seraient menstruées en dehors des périodes de fécondation. Inutile de nous apesantir sur ce détail qui nous éloignerait du sujet proposé.

D'après le Dictionnaire de Littré et Robin (1855), la menstruation cesse : de 35 à 40 ans, chez environ un huitième des femmes ; de 40 à 45 ans chez environ un quart ; de 45 à 50 chez environ la moitié ; de 50 à 55

(1) *Walter Heape*. The American Journal of Obstetrics 1899. Menstruation and ovulation in Monkeys and in the human female.

ans chez environ un huitième. Ce qui donne en moyenne 32 ans pour le temps dans lequel est possible la reproduction de l'espèce. Pour Astruc (1765) l'âge moyen de la ménopause était aussi de 45 à 50 ans. Elle serait plus précosse dans la classe aisée, plus tardive chez les ouvrières.

Fabrice de Hilden, chirurgien de Cologne (1560-1634), et Saxonia, citent deux faits semblables. Des femmes avaient été ménopausées normalement vers 50 ans ; à l'âge de cent ans elles eurent de nouveau leurs règles jusqu'à leur mort (à 103 ans).

Les auteurs modernes s'accordent à placer l'âge moyen de la ménopause entre 45 et 50 ans. Telle est l'opinion de Robin et Dalché (1) qui voient cependant cet âge varier sous un certain nombre d'influences. Daubenton fixait « l'âge de retour » de 45 ans à 65 ans, mais il entendait par cette expression la période entre la force de l'âge et la vieillesse et non pas la ménopause.

Il semble prouvé que les conditions de bonne hygiène éloignent souvent la venue de la ménopause, comme elles favorisent l'apparition de la puberté. Les ménopauses précoces (c'est-à-dire qui surviennent avant 40 ans), sont presque toujours liées à un état pathologique. On en trouve des cas chez des femmes jouissant en apparence d'une bonne santé et l'on ne peut en nier la possibilité, mais il faut soupçonner pour un certain nombre d'entre eux quelques lésions ovariennes difficiles à diagnostiquer.

(1) Robin et Dalché. — Traitement médical des maladies des femmes.

Par contre, il existe des ménopauses tardives (après 50 ans) chez des femmes normales, mais comme nous l'avons vu déjà en traitant l'historique de la question, les règles qui persistent après 55 ans doivent être considérées comme anormales ; beaucoup de ces prétendues règles sont, sans nul doute, des métrorrhagies pathologiques. Telle était l'opinion de Mauriceau : « Les excrétions sanglantes, dit-il, ne doivent pas être qualifiées du nom de menstrues après l'âge de 58 à 60 ans, car ces sortes d'excrétions sont pour lors symptomatiques, et très souvent signes avant-coureurs d'ulcères carcinomateux, et de la mort qui les suit. »

Étiologie : Quelles que soient les causes de la menstruation, son apparition et son maintien sont liés intimement à l'état des ovaires, et, de leur plus ou moins grande vitalité, dépend aussi la suppression plus ou moins tardive des règles.

De même que l'ablation chirurgicale des ovaires amène la ménopause artificielle, de même la ménopause naturelle est avancée par les maladies qui altèrent le parenchyme ovarien, détruisent les éléments nobles et arrêtent le travail d'ovulation.

Telles sont les *ovarites*, aiguës ou chroniques, et la formation du tissu fibreux dur et dense qui succède aux congestions ovariques répétées et à l'évolution rétrograde des follicules de de Graaf (Cornil et Ranvier).

La dégénérescence athéromateuse des artères utéro-ovariennes, des plus fréquentes à la ménopause, est peut-être aussi une cause favorisant la sppression des

règles. L'artério-sclérose amène la cirrhose ovarienne.

Quant aux troubles qui le plus souvent accompagnent la ménopause, plusieurs théories les expliquent : ils sont dus à la suppression de la sécrétion interne de l'ovaire pour Siredey ; ils peuvent l'être à la suppression de l'exagération des échanges respiratoires, normale pendant les règles (Robin). La menstruation fait augmenter la quantité d'acide carbonique produit et d'oxygène consommé ; l'oxygène absorbé par les tissus décroît généralement. Andral et Gavaret avaient prouvé qu'au moment de la ménopause l'élimination du carbone augmente par le poumon ; pendant toute la vie génitale, une partie de ce carbone s'échappe par le sang menstruel.

Enfin, l'ovaire est un hypotenseur de la circulation ; sa défaillance contribue à expliquer peut-être l'hypertension artérielle de la ménopause et ses conséquences. La sécrétion interne active les échanges, augmente l'élimination de l'urée, des phosphates, des chlorures, etc. ; lorsqu'elle disparaît les échanges sont ralentis.

Influence des fibrômes sur la ménopause. — Les tumeurs fibreuses de l'utérus sont des affections qu'on rencontre généralement à l'âge moyen de la femme. Malgaigne (1) puis Paget, d'après le résultat de leurs observations, pensaient que les tumeurs fibreuses observées entre 40 et 50 sont *fatales*. La majeure

(1) Malgaigne : Des polypes utérins. Paris 1833, p. 12.

partie des fibro-myômes utérins, ainsi que les cancers, prennent naissance avant la ménopause. Lorsqu'ils existent pendant la période d'activité génitale, ils prolongent les époques menstruelles, amenant ainsi une perturbation dans la régularité de l'écoulement sanguin. Aux approches de la ménopause, et pendant la période d'irrégularités et de troubles qui la précède, les fibrômes donnent lieu à des métrorrhagies abondantes dont la répétition est une source de danger pour la femme. Nous trouvons à ce sujet un aphorisme d'Hippocrate et pouvons nous ranger à son opinion : le pronostic est d'autant plus défavorable que l'hémorragie est suivie de convulsions ou de syncope : « *Si fluxui muliebri convulsis et animi deliquiam superveniant, malum* ». Mais quand « l'âge critique » touche à sa fin, les fibrômes utérins sont susceptibles de se terminer de différentes façons : 1°/ ils restent stationnaires ; 2°/ ils diminuent de volume ; 3°/ ils subissent la dégénérescence calcaire ou colloïde.

On cite même quelques cas où ils ont pu être expulsés par un véritable travail d'accouchement.

Nélaton (1) appuie le premier mode de terminaison, par des observations nombreuses faites à la Salpétrière : il a vu souvent que ces tumeurs, une fois la période menstruelle terminée, restaient stationnaires, cessant de donner lieu à des métrorrhagies, et les femmes pouvaient vivre ainsi longtemps sans en être incommodées.

(1) Nelaton. — *Gazette des Hôpitaux*, 1856, p. 362.

Aussi professe-t-il que chez les jeunes femmes on ne doit pas intervenir ; toutes les indications doivent être d'arrêter les hémorrrgies et de soutenir les forces de la malade, pour tâcher de gagner du temps, et d'arriver sans encombre à l'époque critique. Il ajoute que, dans ces conditions, la ménopause est tardive.

La dégénérescence calcaire des fibrômes est la terminaison la plus heureuse que l'on puisse souhaiter. D'après Louis (1) l'altération se ferait surtout après la ménopause. La tumeur s'enkyste ; ou bien une sorte d'encroûtement forme une coque à sa périphérie, ou bien la dégénérescence crée des tumeurs isolées dans la cavité même du fibrôme.

Cette transformation était connue de l'antiquité : Hippocrate (2) parle de « pierres calculeuses de la matrice » ; Ambroise Paré (3) signale dans l'utérus la présence de concrétions pétrifiées et calculeuses.

Sur 18 cas rapportés par Louis, 9 ont été observés à la ménopause. Dans le 14e fait, elle coïncida avec l'apparition d'une tumeur située derrière le pubis. L'autopsie pratiquée plus de vingt ans après cette époque, montra un utérus « gros comme une boule à jouer aux quilles », transformé en sac calcaire, renfermant une matière dure et caséeuse. Il fallut un marteau pour bri-

---

(1) Louis. — Mémoires sur les concrétions calculeuses de la matrice. Mém. de l'Ac. de chirurgie 1752, tome II, p. 130.

(2) Livre V. De morb., etc.. Section VII.

(3) Amb. Paré. — De la génération. Liv. XXIV, chap. XCI.

cette tumeur. Guéniot (1), dans un Mémoire lu à l'Académie de Médecine, a attiré l'attention sur « la guérison par résorption des tumeurs, dites fibreuses, de l'utérus ». Dans ces cas, la résorption se fait, d'après lui avant la ménopause ; et, se basant sur l'examen d'un certain nombre de pièces, il l'attribue à la dégénérescence graisseuse. Aussi conseille-t-il, dans le but de favoriser cette altération des tissus de la tumeur, d'essayer les substances réputées stéatogènes : arsenic, plomb, phosphore, etc...

On peut, d'après cela, concevoir la possibilité de la résorption de certains fibro-myômes utérins, au moment de la ménopause, puisque cette période de la vie prédispose à l'embonpoint et à la surcharge graisseuse de tous les organes.

Il semble donc que l'âge critique soit favorable à la guérison des tumeurs fibreuses utérines ; malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi. L'hystérectomie doit souvent mettre un terme aux hémorragies qui épuisent la malade, et retardent la ménopause, et aux troubles provoqués dans tout l'organisme par la compression prolongée, surtout quand la tumeur est volumineuse. Dans quelques cas assez rares, ces tumeurs se ramollissent, deviennent fluctuantes ; elles provoquent autour d'elles un travail inflammatoire qui peut aboutir à l'amincissement des parois utérines, avec perforation ultérieure, et péritonite mortelle.

---

(1) Guéniot. De la résorption des tumeurs, dites fibreuses, de l'utérus. — Bull. de Thérapeutique. 30 mars 1872.

Nous trouvons la même opinion exprimée dans le Traité de Gynécologie de Robin et Dalché. Dans beaucoup de cas, disent-ils (1), après la disparition des menstrues, les fibrômes utérins diminuent, ou tout au moins deviennent silencieux. Chez un certain nombre de femmes, au contraire, on a noté l'accroissement de la tumeur fibreuse et la persistance des accidents qu'elle entraîne. Pendant la période des troubles menstruels et des poussées congestives, le fibrôme participe à leurs effets, et, réagissant à son tour avec plus de force, arrive à provoquer des métrorrhagies très inquiétantes accompagnées parfois de douleurs, de ballonnement, de menaces d'obstruction intestinale avec une apparence de péritonisme à répétition.

Au bout d'un certain temps après la ménopause, lorsque la période critique est franchie, il est assez ordinaire de constater que le corps fibreux ne cause aucun ennui à la malade.

Il faut veiller à ce que le fibrôme ne subisse pas une transformation en tumeur maligne.

Littré et Gilbert, (2) parlant aussi des fibrômes utérins s'expriment en ces termes : « Ces tumeurs paraissent se développer de préférence au moment de la vie génitale de la femme ; elles subissent parfois un temps d'arrêt ou même une rétrocession à la ménopause ».

(1) Robin et Dalché. Traitement médical des maladies des femmes.

(2) Littré et Gilbert. — Dictionnaire de Médecine.

Modifications anatomiques de l'appareil génital de la femme à la ménopause. — Il nous faut d'abord parler des changements anatomiques qui s'opèrent normalement dans les organes génitaux des femmes à l'âge de la ménopause. Le volume du corps de l'utérus est considérablement diminué et peut atteindre une petitesse extrême. De Graaf a dit qu'après l'âge critique l'utérus revenait au volume qu'il avait chez la vierge. Le plus souvent, il a conservé sa forme normale ; les parois en sont rarement amincies, elles sont même généralement un peu plus épaisses que chez la femme adulte. La cavité présente une disposition particulière ; tantôt en communication avec la cavité du col, tantôt au contraire, ne communiquant pas avec elle. Breschet s'exprime en ces termes : « Chez les septuagénaires, la cavité utérine est divisée en deux parties par une cloison transversale qui se forme dans la partie la plus élevée du col, au commencement de la cavité du corps. L'utérus devient alors biloculaire et les deux cavités sont situées l'une au-dessus de l'autre ».

Guyon dit à ce sujet : « Sur 20 utérus examinés complètement, nous avons 13 fois rencontré l'oblitération complète de l'orifice interne ; des 7 autres, 5 présentaient un rétrécissement plus ou moins marqué, avec tendance à la terminaison en cul-de-sac des cavités. » L'isthme tend à s'allonger ; aussi, (d'après Guyon) peut-on dire qu'après la ménopause, il y a tendance réelle à l'isolement de la cavité du corps, qui passerait à l'état de kyste ». Il y a segmentation des deux cavités. D'a-

près Sappey, cependant, il serait rare de rencontrer l'oblitération complète de l'orifice interne du col de l'utérus.

Le col commence à s'effacer à partir de l'époque de la ménopause ; il devient petit, perd sa consistance et, à un âge plus avancé encore, il est insignifiant. Cette transformation est des plus importantes à connaître au point de vue séméiologique, car il faut se méfier d'une femme dont le col s'hypertrophie au moment du retour d'âge. C'est là l'effet d'un état pathologique de l'utérus, d'une *endométrite*, et, comme nous l'avons vu, plus souvent encore, d'un cancer de cet organe.

Quant aux principales altérations histologiques que le microscope permet de constater dans de telles circonstances nous pouvons avec Van Peteghen (1) les résumer en disant que la lésion initiale est due à l'artériosclérose ; il se fait, consécutivement, une sclérose diffuse qui, portant son action sur les éléments musculaires lisses de la matrice et exerçant sur eux une compression spéciale, les étouffe et les atrophie. L'élément actif de l'utérus, n'ayant désormais plus de rôle à remplir, se résorbe ; il est remplacé par du tissu cellulo-fibreux. Il en est de même de la muqueuse utérine qui diminue d'épaisseur ; l'épithélium qui la tapisse offre de fréquentes altérations. Les cellules s'atrophient, leurs formes varient, leurs cils vibratiles tombent, leur protoplasma se remplit de granulations colorables en noir

(1) Thèses Paris 1892.

par l'acide osmique, donc de nature graisseuse. En certains points, il est impossible de retrouver des traces de revêtement épithélial. Il semble s'être atrophié complètement, en dehors de tout phénomène inflammatoire ou érosif.

Si nous consultons Plihon (1) (1859), nous trouvons déjà que les auteurs remarquent des lésions de métrite très fréquentes au moment de la ménopause. Il est peu de femmes, dit-il, à l'époque de la cessation des règles, qui n'éprouvent quelques-uns des symptômes de la métrite chronique. C'est la maladie la plus inévitable dont la femme puisse être affectée, soit qu'elle vive dans la continence la plus absolue, soit qu'elle devienne mère. Dans la presque totalité des cas, la métrite chronique s'accompagne de symptômes locaux et généraux en rapport avec l'étendue de l'altération ; tels qu'une douleur sourde à l'hypogastre, des tiraillements aux aines, à la partie supérieure et interne des cuisses, des douleurs lombaires, des épreintes, etc... A ces signes se joignent différents troubles sympathiques du côté de l'estomac ; les digestions sont pénibles, l'estomac est distendu par des gaz. Il peut y avoir aussi des troubles vers le foie, et une augmentation de volume de cet organe. Cependant l'inflammation chronique finit par déterminer une altération de nutrition, une modification locale dont l'effet est l'apparition, sur le col, d'ulcérations plus ou moins larges et profondes. La solution de continuité

(1) Thèse Paris 1859, n° 94.

peut être bornée à une des lèvres ou s'étendre aux deux : quelquefois même elle se propage dans l'intérieur du col. Il est rare que les ulcérations ne donnent pas lieu à des écoulements ichoreux, fétides, de couleur variable, blancs, opaques ou puriformes, mêlés souvent à des mucosités transparentes qui sont fournies par la face interne du corps ou du col utérin (Plihon).

L'endométrite peut avoir débuté avant la ménopause : en ce cas, elle continuera la plupart du temps à évoluer, et la cessation des règles n'amènera pas la disparition des symptômes.

Elle peut apparaître au moment où commence la ménopause.

Elle peut enfin ne survenir que plus tard chez des personnes qui antérieurement ont souffert longtemps d'endométrite chronique et n'en éprouvaient plus depuis plusieurs années aucune incommodité.

Il arrive, dit Krieger (1), que vers l'époque climatérique se fassent des congestions utérines accompagnées de leucorrhée, et que cette leucorrhée se reproduise encore pendant un temps variable après la cessation des règles.

Il considère également comme un fait très ordinaire que pendant la première partie de la ménopause, c'est-à-dire avant que le flux cataménial ait cessé, il se produise une endométrite qui, selon lui, se manifeste par un épaississement de l'utérus, une augmentation de

(1 Krieger. op. cit., p. 186.

poids, un ramollissement de la muqueuse aussi bien que de la portion sus-vaginale et parfois de la muqueuse vaginale.

Dans cette affection, dont Krieger fait une maladie d'involution, une leucorrhée plus ou moins abondante persiste, alors que les autres symptômes ont disparu.

La cessation brusque ou prématurée des règles constitue une cause prédisposante d'endométrite chronique. D'autre part, si après la ménopause, des congestions répétées continuent à se faire du côté de l'utérus, il peut également se produire de l'endométrite chronique. A la longue, dit Aran (1), il se fait dans l'utérus une infiltration de matériaux plastiques qui donne lieu à l'induration.

C'est aussi l'opinion émise par M. le professeur Pozzi, dans son Traité de gynécologie (1890) : « Les endométrites de la ménopauses ont pour causes occasionnelles les congestions intenses et répétées du côté de l'utérus ».

Sclérose à la ménopause. — Nous remarquerons en terminant que l'atrophie des organes par sclérose s'installant progressivement et devenant très nette vers l'âge de la ménopause, ne se limite pas à l'utérus et aux ovaires, mais s'étend aux organes génitaux externes, à la vulve. Le vagin est généralement rétréci, déplissé; son orifice est rétréci ; on ne peut souvent qu'avec diffi-

(1) Aran, op. cit. p. 534.

culté y introduire un speculum moyen, il y a de la douleur et un resserrement évident de l'anneau vulvaire. A l'interrogatoire les femmes se plaignent de dyspareunie ; elles éprouvent une sensation de rétrécissement, accompagnée d'une sécheresse de la muqueuse vulvaire particulière, qui rendent toute intromission pénible, désagréable, et souvent douloureuse.

A première vue, les organes vulvaires sont nettement atrophiés ; les grandes lèvres sont amincies ; les petites lèvres réduites à un bourrelet plus ou moins volumineux ; l'hymen, assez souvent détruit complètement, n'existe plus que par des endroits où l'on en découvre un lambeau ou quelques petits vestiges. La muqueuse est pâle, décolorée et tend à se cutiniser, c'est-à-dire que son aspect se rapproche de plus en plus de celui de la peau qui l'entoure. Telle est en quelques lignes la description d'une vulve sclérosée comme nous le rencontrons si souvent chez les femmes après 50 ans.

Il peut y avoir en plus un commencement de kraurosis, caractérisé par de petites taches rouges, tranchant sur le rose pâle de la muqueuse et lui donnant un aspect « saumoné » ; les taches se trouvent le plus souvent autour du méat urinaire, autour du clitoris et sont disséminées de chaque côté des petites lèvres.

On observe fréquemment le même phénomène à la ménopause artificielle provoquée par l'oophorectomie double et traduisant un certain degré d'insuffisance ovarienne.

L'étude approfondie de la question a été faite sur-

tout dans ces dernières années par le Dr Jayle tant par ses mémoires personnels que par les thèses qu'il a bien voulu inspirer et diriger sur le « Kraurosis vulvæ. »

Influence de la date d'apparition des règles sur la ménopause. — On a cru longtemps, et cette théorie est restée en faveur de nos jours chez quelques médecins, que dans les cas où la puberté a été hâtive, les règles persistent moins longtemps que lorsque la puberté s'est montrée tardivement. Raciborski a démontré qu'il n'en est point ainsi, et que, toutes choses égales d'ailleurs, l'influence du climat étant seulement exceptée, plus la puberté est précoce et plus aussi l'époque de l'âge critique est retardée. Il pense que la menstruation précoce tient à un excès de puissance vitale de l'individu, et qu'à moins de circonstances exceptionnelles, cette activité vitale fait plus tard encore sentir son influence et prolonge chez la femme l'aptitude à la procréation.

Cette opinion est aussi celle de Littré et Gilbert qui, dans le Dictionnaire Médical nous disent : « Il semble que plus une femme est précoce par rapport à la première éruption des règles, plus la ménopause s'effectue à un âge avancé, contrairement à l'opinion généralement admise. » Nous trouvons de même dans le Manuel pratique de Gynécologie, de Ashton (1) : « En règle générale, une puberté précoce est suivie d'une méno-

(1) Ashton. Practice of Gynécology, 1907.

pause tardive ; à une puberté tardive correspond une cessation précoce du flux menstruel. » Cet auteur accorde aussi une certaine influence à l'hérédité : « Il n'est pas rare, dit-il, de voir la fille atteindre la période de la ménopause au même âge que la mère. »

Influences des maladies générales sur la ménopause. — Ainsi que nous le verrons dans la seconde partie de cette étude, nous avons cherché quels antécédents pathologiques présentaient les femmes qui venaient consulter pour des troubles quelconques à la ménopause, ou assez longtemps après la suppression du flux menstruel. Nous verrons alors quels sont les résultats de notre statistique. Qu'il nous suffise de dire ici que le dossier pathologique d'une malade chargé de plusieurs maladies graves, coïncide souvent avec une ménopause précoce. Je ne compte pas les petites affections de l'enfance telles que la rougeole et la coqueluche quand elle ne sont suivies d'aucune complication fâcheuse, mais je retiens les fièvres typhoïdes, les scarlatines, la variole, tout ce qui anémie pendant un temps plus ou moins prolongé, tout ce qui fatigue les organes : poumons, cœur, rein, etc... en un mot les maladies infectieuses graves. Les femmes qui ont eu ces passés pénibles voient généralement de bonne heure cesser leur règles (souvent avant 40 ans, presque toujours avant 45).

L'obésité, le diabète, toutes les maladies chroniques

et les cachexies : tuberculose, saturisme, paludisme, alcoolisme, maladies des reins, du foie, etc... entrent en ligne pour hâter la ménopause.

Les cardiopathies ont donné lieu à quelques discussions et à une étude plus complète et plus détaillée. La ménopause serait, d'après Durozier, hâtive pour la mitrale, retardée pour l'aortique. Robin considère que c'est une erreur. Les lésions de l'orifice aortique d'une malade de 50 ans sont d'origine athéromateuse ; et si cette femme continue à accuser des flux hémorragiques par les voies génitales, bien plus souvent le sang résulte d'une perte causée par l'athérôme, ou la sclérose des artères utérines, plutôt que d'une menstruation persistant grâce à une ménopause tardive.

Mitrale ou aortique, la cardiaque voit ses règles disparaître de bonne heure et si des écoulements sanguins surviennent après 50 ou 52 ans, ils sont le plus souvent pathologiques.

Quelle que soit la pathogénie des accidents de la ménopause, ils s'observent surtout chez les femmes prédisposées par une tare antérieure ou héréditaire : manifestations nerveuses chez les névropathes, exagération des troubles gastriques chez les dyspeptiques, etc.

Il y a souvent réveil d'affections qui semblaient guéries et que la malade oubliait depuis de longues années. Il semble inutile de parler des crises d'épilepsie, des grandes convulsions hystériques, chez des ménopausées qui depuis un temps plus ou moins longs ne présentaient plus de troubles ; le système nerveux est parti-

culièrement affecté par ces changements produits dans l'organisme par la cessation des règles. Des femmes calmes et tranquilles deviennent nerveuses, émotives, irritables ; à plus forte raison des anciennes nerveuses verront-elles leurs troubles s'exagérer à la ménopause, et se réveiller s'ils semblaient disparus. Tel est assez fréquemment le cas de la tuberculose, et je ne donnerai pour exemple que le cas bien connu de Récamier (Leçons orales 1826). Une jeune fille de quatorze ans, atteinte de phtisie pulmonaire bien constatée et dont la maladie était jugée des plus graves, chez laquelle on voit disparaître tous les symptômes morbides sous l'influence d'une menstruation heureuse. Mariée peu de temps après, elle devint mère de plusieurs enfants, passa toute l'époque de la fécondité sans éprouver le moindre dérangement dans sa santé ; mais à peine l'époque critique fut-elle arrivée qu'elle se plaignit de ressentir des douleurs dans la poitrine ; on ausculte cette cavité et on reconnaît tous les symptômes qui caractérisent la phtisie au second degré.

Nous noterons la cessation des règles dans les tuberculoses avancées, et la suppression fréquente et définitive après des maladies infectieuses graves ; ce qui donne des ménopauses d'une précocité tout à fait anormale (30, 35 ans). Nous en donnerons d'ailleurs quelques exemples dans la seconde partie de cette étude et ne nous apesantirons pas en ce moment sur la question.

Enfin la ménopause est l'âge où commencent certaines *affections arthritiques* (Robin et Dalché), le rhuma-

tisme chronique, noueux ; la *goutte* est fréquente à la ménopause (Barié); le *diabète*, dont l'invasion coïncide volontiers avec la période de la cessation des règles (Bouchardat), est presque toujours le diabète grave : diabète arthritique.

Influence des grossesses sur la ménopause. — Cette influence est des plus variables ; les auteurs ne sont pas d'accord à ce sujet, et nous devrons nous contenter ici des résultats que donneront nos statistiques de la seconde partie. Les uns ont cru voir d'après leurs observations qu'en général les accouchements répétés, la lactation prolongée, amènent une ménopause précoce ; il y aurait atrophie de l'utérus, par superinvolution de l'organe. Les autres au contraire, croient que l'intensité de la vie génitale d'une femme qui a mis au monde plusieurs enfants, contribue à maintenir la persistance des règles à un âge plus avancé. Telle était l'opinion de Raciborski : « Le nombre de couches, disait-il, a une grande influence sur la ménopause ; plus une femme a eu d'enfants, plus la période menstruelle offre chez elle de tendance à se prolonger. »

Il y a à craindre surtout vers la ménopause, chez les grandes multipares, le relâchement des tissus et le prolapsus des organes génitaux ; les ulcérations de tout genre, et dans les utérus restés facilement irritables, saignant au moindre contact, l'évolution d'une tumeur néoplasique.

DEUXIÈME PARTIE

DOCUMENTS

Après un rapide exposé de l'établissement de la ménopause nous avons cherché à voir dans quelles proportions s'exercent les diverses influences passées en revue, sur l'époque de la cessation des règles ; dans quelles conditions se trouvaient les femmes à cette époque, quel était leur passé pathologique, leur vie génitale, lesquelles présentaient le plus de troubles, enfin chez quelles malades nous trouvions le plus de symptômes d'insuffisance ovarienne. Nous avons dans ce but recueilli un certain nombre d'observations, sous la direction du Dr Jayle dans le service de la consultation de la clinique gynécologique de la Faculté à l'hôpital Broca (Professeur S. Pozzi).

Soixante-dix autres complètent notre collection et sont dues directement à M. Jayle.

Age de la ménopause. — Nous examinerons d'abord à quel âge s'établit la ménopause considérant, avec les auteurs, comme précoce celle qui se présente avant 45 ans ; comme normale de 45 à 50 ans inclusivement, comme tardive la suppression des règles survenant après 50 ans.

La ménopause qui s'établit avant 40 ans est rare ; on peut même la considérer comme accidentelle, ou pathologique ; c'est ainsi que nous verrons les règles subitement supprimées après une maladie infectieuse ou chez des femmes dont l'appareil génital est malade.

Sur 170 femmes examinées, nous trouvons que 8 seulement furent ménopausées avant 40 ans. La première eut ses règles de 15 ans à 22 ans, puis elles cessèrent complètement. Cette femme fut examinée à l'hôpital à 33 ans : mariée, elle n'avait jamais eu de grossesses. Ses règles s'étaient montrées irrégulières, avec des périodes d'aménorrhée de 2 ou 3 mois. Elle souffrait peu des troubles d'insuffisance ovarienne, mais se plaignait depuis sa ménopause de douleurs dans le bas-ventre, les reins et les cuisses. Le diagnostic de tuberculose fut porté.

La seconde ménopausée à 29 ans, rentre dans le même cadre, car elle aussi était bacillaire ou du moins le devint ; elle eut unepleurésie et une hémoptysie à 36 ans et malgré une guérison apparente était considérée à 41 ans, époque de son examen à l'hôpital, comme bacillaire. Celle-ci avait eu un enfant à 28 ans et l'avait allaité jusqu'à 29 ans : la suppression de ses règles devint à ce moment définitive. Elle

présentait à 41 ans des lésions nettes de kraurosis vulvæ. Un détail curieux d'hérédité : sa mère avait été ménopausée à 32 ans après avoir eu 7 enfants en 8 ans. Elle mourut à 74 ans. Des six autres, une seule n'a pas d'antécédents pathologiques et n'a pas été suivie assez longtemps après sa ménopause pour que l'on puisse dire qu'elle n'eut aucune lésion. Les cinq dernières, dont l'âge de ménopause s'étage de 36 à 40 ans furent revues, les unes avec des lésions de kraurosis inflammatoire, trois enfin avec un épithélioma (dont deux utérins et un anal.) Quatorze femmes (toujours sur 170), furent ménopausées de 40 à 45 ans, et là encore nous pouvons vérifier, non seulement leur état morbide, mais encore l'influence évidente des maladies infectieuses antérieures sur la précocité de la ménopause. En effet, l'une avait un prolapsus total, bien que nulligeste, mais c'était une cardiaque avouant une ancienne néphrite. Trois autres avaient eu : fièvre typhoïde et péritonite, variole et pleurésie, typhoïde, bronchites, chloro-anémie etc... Plusieurs venaient pour des prolapsus, une autre pour un utérus dont le col présentait une surface rugueuse, *carcinomateuse.*

Bref, sur 14, trois seulement n'avaient jamais été bien malades, et n'étaient porteurs d'aucune lésion sérieuse. En résumé : sur 170 femmes,

22 ont été ménopausées avant 45 ans = 12,9 o/o.
sur ces 22, nous en trouvons 18 malades = 81,8 o/o.

D'après cette statistique, il est donc raisonnable de

reconnaître comme anormale ou au moins suspecte toute ménopause précoce, et de considérer les femmes comme *malades,* à surveiller et à soigner.

Nous arrivons à l'âge reconnu normal par tous les auteurs et cette statistique ne fera que le contrôler une fois de plus ; en effet, sur 170 femmes, 105 furent ménopausées de 45 à 50 ans inclusivement, c'est-à-dire dans la proportion *de 61,7* °/₀. Nous avons cherché à savoir dans quel état se trouvaient ces femmes au point de vue génital au moment de cette ménopause naturelle, normale, survenant à l'âge moyen, c'est-à-dire tout à fait physiologique et ne devant amener que de légers malaises. Malheureusement, il ne nous a été permis d'avoir le résultat du toucher vaginal et de l'exploration au speculum, que de 93 de ces femmes. Et je dois réduire encore ! 40 de celles-ci ne peuvent être comptées dans la statistique générale ; elles ne furent pas, comme les autres, prises au hasard de toutes les ménopausées qui se présentaient ; elles proviennent d'une autre liste, et toutes étaient atteintes d'épithélioma. Nous y reviendrons tout à l'heure et nous contenterons de voir en ce moment, ce que présentaient les *53 femmes* qui restent, *ménopausées entre 45 et 50 ans inclus*, prises au hasard, et dont nous avons fait l'examen génital :

18 ne présentaient aucune lésion	= 33,9	pour cent
Lésions : 11 sclérose, ou métrite sénile...	= 20,7	—
9 Epitéliumas utérins.....	= 16,9	—
4 Kraurosis	= 7,5	—
4 Prolapsus	= 7,5	—
4 Fibrômes	= 7,5	—
2 Ovarites.....	= 3,7	—
1 Cancer du sein.....	= 1,8	—

Ce dernier cas ne devrait peut-être pas être compté dans cette liste car les organes génitaux de cette malade paraissaient sains.

Nous ne pouvons que constater d'après ce tableau la grosse proportion de femmes atteintes de lésions génitales vers l'âge de la monopause, même quand elle s'établit à l'âge *réputé normal* et physiologique : de 45 à 50 ans. Un tiers seulement est indemne : que peuvent devenir les malades formant les deux autres tiers ? Beaucoup sont curables et pour la plupart l'état s'améliore à la longue. En effet les cancers de l'utérus sont les seules lésions particulièrement graves ; irrémédiables quand ils sont trop avancés, toujours sujets à la récidive, aux cancers secondaires etc., quand on a pu les opérer

Les traitements gynécologiques divers s'appliqueront utilement aux autres malades ; l'électricité améliorera les scléroses, le Kraurosis ; les métrites purulentes seront traitées par les ventouses utérines (méthode de Bier) ; les hémorragies facilement supprimées par les pansements à l'eau oxygénée ; les douleurs calmées en

général par une vingtaine de bains d'air chaud. Quelques fibromes, petits et peu gênants, pourront s'atrophier d'eux-mêmes et restés enkystés dans un utérus dont les fonctions seront supprimées.

La chirurgie aura raison des autres, ainsi que des ovarites graves, en supprimant radicalement utérus et ovaires ; au chirurgien reviendra aussi la cure des prolapsus, soit qu'il consolide le plancher périnéal et rétrécisse l'orifice vulvaire dans les cas légers, soit qu'il fasse, ici encore l'hystérectomie totale dans les cas graves où l'utérus descend hors de la vulve, s'ulcère et menace ; l'épithélioma se greffe en effet quelquefois sur une muqueuse ulcérée, toujours irritée par le frottement et toutes sortes de contacts, et généralement très peu soignée.

Cancers à la ménopause. — A ce propos disons un mot de ces 40 malades relevées dans nos obervations, ménopausées de 45 à 50 ans, et présentant un néoplasme utérin. Elles confirment ce que nous disions dans la première partie de cette étude : sur l'influence du cancer sur la ménopause. Les femmes qui restent réglées après 50 ans et surtout après 55, présentent souvent des épithéliomas utérins et leurs soi-disant règles ne sont que des hémorragies pathologiques produites par leur lésion. Mais leur cancer évolue depuis longtemps déjà, un an, dix-huit mois ; elles ne peuvent que donner la date approximative des premiers symptômes. Il ne faut donc

pas dire que le cancer est dû à la ménopause, qu'il prolonge les règles, qu'on le rencontre chez les femmes ménopausées tardivement etc... Il convient plutôt de penser que, semblable en cela à toutes les tumeurs néoplasiques de l'organisme, le cancer de l'utérus est peu fréquent avant 40 ans ; après 40 ans, il se trouve *coïncider* chez la femme avec la période normale d'établissement de la ménopause, et celle-ci, grâce aux troubles qu'elle produit, favorise son évolution et accélère sa marche. Les malades prennent pour des troubles de la ménopause, les hémorragies, les pertes séreuses ou muco-purulentes qu'il produit, et ne consultent souvent qu'après la cessation des périodes menstruelles régulières, inquiètes de la persistance des troubles ou de l'apparition de la douleur.

Et si, jetant un regard en arrière, nous consultons la statistique du docteur Jayle sur le cancer du col de l'utérus, nous voyons que sur 120 cas étudiés, 49 femmes seulement ont été ménopausées avant de consulter ; et sur ces 49, nous en trouvons 38 dont les règles ont été supprimées à l'âge normal entre 45 et 50 ans. 8 ont vu leurs règles persister après 50 ans et *toutes les autres*, c'est-à-dire 57 sur 120 ou 47,5 p. o/o *ont vu le début du cancer bien avant la ménopause.*

M. Jayle était d'ailleurs arrivé à cette conclusion que le cancer utérin se voit aussi souvent, et peut-être même est *plus fréquent* chez les femmes jeunes que chez les femmes âgées.

Nous croyons donc pouvoir le considérer comme

indépendant de la ménopause ; il ne subit son influence que lorsqu'il coïncide avec elle, cas auquel son évolution est manifestement favorisée.

Continuons notre statistique personnelle ; nous voyons que sur 170 femmes 43 ont été ménopausées *après 50 ans = 25,3 p. 00.*

L'état des organes génitaux n'a été vu que pour 38 d'entre elles. Sur ces 38 malades, 12 étaient atteintes d'épithélioma utérin ; mais là encore il est évident que ces tumeurs n'avaient été que peu influencées par la suppression des règles, car 3 seulement des femmes sont venues consulter l'année même de la ménopause. Les 9 autres n'ont consulté que dans un temps variant entre 3 ans et 15 ans après son établissement définitif = 23,6 p. 0/0. Six femmes sur 38 étaient en bon état; les autres présentaient des lésions de métrite sénile (7), de sclérose vulvaire (7), de kraurosis inflammatoire (2). On notait enfin 3 fibrômes et un prolapsus.

Influence de l'âge d'apparition des règles sur la ménapause : Il est peu probable que cette influence s'exerce d'une façon bien nette. Une ancienne opinion quelquefois admise encore de nos jours, voulait voir la ménopause précoce coïncider avec une menstruation également précoce ; et de même : une femme réglée tard, disait-on, pourrait plus longtemps être fécondée. Depuis, d'autres auteurs ont parlé du contraire : des ovaires doués d'une vitalité énergique donneraient une menstruation précoce et, par continuation de cette

vitalité, une ménopause tardive. Et *vice versa*. Il nous est impossible de nous ranger nettement à l'une ou l'autre de ces deux opinions, vu les résultats excessivement variables de nos observations.

Le petit tableau ci-dessous le fera comprendre. Il est fait d'après l'examen et l'interrogatoire de *157 femmes*. Nous avons divisé les âges de la ménopause d'après la classification ordinaire : avant 45 ans, de 45 à 50, puis après 50 ans.

	Avant 45 ans	de 45 à 50 ans	Après 50 ans
Réglées à 9 ans : 1 ménopausées à :	0	0	1
— 10 ans : 5 —	1	3	1
— 11 ans : 10 —	2	8	0
— 12 ans : 17 —	0	14	3
— 13 ans : 26 —	0	20	6
— 14 ans : 23 —	5	13	5
— 15 ans : 31 —	3	21	7
— 16 ans : 16 —	5	8	3
— 17 ans : 13 —	2	3	8
— 18 ans : 12 —	1	6	5
— 19 ans : 2 —	1	0	1
— 20 ans : 1 —	1	0	0

Nous voyons d'après ce tableau que pour la grande majorité des jeunes filles, la puberlé survient de 12 ans (inclus) à 15 ans (inclus). Nous pensons donc, de même que pour la ménopause, faire trois classes de ces âges : 1° avant 12 ans ; 2° de 12 à 15 ; 3° après 15 ans.

Cela nous aidera à mettre un peu plus de clarté dans la question.

Sur 157 femmes examinées :

16	furent réglées	avant 12 ans	= 10,2 °/₀.
27	—	de 12 à 15 ans	= 61,7 »
44	—	après 15 ans	= 28 »

Sur 16 réglées avant 12 ans :

3	furent ménopausées	avant 45 ans	= 18,7 °/₀.
11	—	de 45 à 50 ans	= 68,7 »
2	—	après 50 ans	= 12,5 »

Sur 97 réglées de 12 à 15 ans :

8	furent ménopausées	avant 45 ans	= 8,2 °/₀.
68	—	de 45 à 50 ans	= 70 »
21	—	après 50 ans	= 21,6 »

Sur 44 réglées après 15 ans :

10	furent ménopausées	avant 45 ans	= 22,7 °/₀.
17	—	de 45 à 50 ans	= 38,6 »
17	—	après 50 ans	= 38,6 »

Il est facile de voir qu'une règle générale ne peut être tirée de ces rapports entre l'âge de la puberté et celui de la ménopause ; nous ne citerons comme exemples que celui d'une femme de la première série qui réglée à 9 ans fut ménopausée à 52 ; et celui d'une autre de la 3ᵐᵉ série, réglée à 16 ans et ménopausée à 37 ans. La première semble avoir joui d'une vitalité ovarienne vraiment intense, la seconde dut au contraire être affligée

d'une insuffisance ovarienne marquée. Nous ne nous occuperons donc pas des questions de détail pour ne voir que les proportions d'ensemble qui sont intéressantes. D'après cette statistique, on serait tenté d'accepter l'opinion des auteurs anciens, dont nous parlions tout à l'heure. En effet, si le pourcentage des femmes ménopausées à l'âge normal est élevé dans la première série, un peu plus encore dans la seconde, il diminue notablement dans la troisième où ce nombre est égal à celui des ménopauses tardives. S'il est vrai encore que les ménopauses précoces sont plus fréquentes dans la 1re série que dans la 2e, que les ménopauses tardives sont en proportion plus grande dans la 3me que partout ailleurs, un point cependant nous empêche de conclure nettement à l'influence de la puberté sur la ménopause : c'est la proportion élevée de ménopauses précoces que nous trouvons dans la troisième série.

Il semble pourtant, en recherchant une à une les observations de ces femmes, que l'on trouve l'explication de cette anomalie dans leur mauvais état de santé pendant toute la période de leur activité sexuelle. Trois d'entre elles ont un passé pathologique chargé : typhoïde, variole, anémie grave, pleurésie, péritonite, etc... Deux ont toujours présenté des symptômes d'insuffisance ovarienne : réglées de 16 a 44 ans, de 18 à 44 ans, elles ont des règles très peu abondantes, durant 2 ou 3 jours. La 6e réglée à 16 ans, fut ménopausée à 34 ans, 3 ans après avoir subi une ovariotomie unilatérale. La 7e, cardiaque ; réglée de 17 à 42 ans ; fort mauvais tis-

sus car, bien que nulligeste, présente un prolapsus total. La 8e peut encore être considérée comme anormale car, réglée de 16 à 42 ans, elle vint consulter à 58 ans (16 ans plus tard !) porteur d'un carcinome du col. *Une seule*, sur neuf n'avait jamais été malade, avait eu des règles bien normales, mené à terme 4 grossesses, sans fausses-couches et cependant n'avait été réglée qu'à *20 ans* jusqu'à 44.

En résumé, si l'on veut considérer comme pathologiques et non normales, 8 sur 9 des femmes de la 3e série, réglées tard et ménopausées tôt, il semble que l'on doive se rattacher plutôt à l'opinion des anciens : *femmes réglées de bonne heure, ménopauses précoces ; femmes réglées tard, ménopauses tardives.*

Influence des grossesses sur la ménopause. — Ici encore, les avis sont partagés. Certains auteurs pensent que l'utérus, fatigué par de nombreuses grossesses, subit une sorte de superinvolution, s'atrophie et perd de bonne heure la faculté de produire l'hémorragie mensuelle. D'autres, au contraire, se rangent à l'opinion de Raciborski, s'exprimant en ces termes : « Le nombre de couches a une grande influence sur la ménopause ; plus une femme a eu d'enfants, plus la période menstruelle offre chez elle de tendance à se prolonger. » Nous nous contenterons de voir quel sera le résultat de notre statistique, basée sur l'interrogatoire de 165 femmes. Nous séparons dans notre tableau les femmes n'ayant eu que

des enfants à terme et celles qui ont eu des fausses-couches, en dehors de leurs grossesses normales. Ces avortements se comptent par 1 ou 2, rarement 3 (6 fois) 1 fois 4, et 2 fois 5. Nous reparlerons de ces deux derniers cas en temps opportun, il est donc inutile de détailler les autres davantage et il est sous-entendu que les femmes classées dans ce tableau comme ayant eu des fausses-couches n'en ont eu qu'une ou deux.

Sur 165 femmes :

Nulligestes.	23=13,9 o/o,	Avortements.....	3=1,8 o/o
Primipares .	22=13,3 —	I enf. + fausses-couc.	7=4,2 —
II pares..	14=8,4 —	II enf. + —	9=5,4 —
III pares..	21—12,7 —	III enf. + —	10=6 —
IV enfants.	9=5,4 —	IV enf. + —	7=4,2 —
V enfants.	5=3 —	V enf. + —	3=1,8 —
VI enfants,	7=4,2 —	VI enf. + —	4=2,4 —
VII enfants.	2=1,2 —	VII enf. + —	6=3,6 —
VIII enfants.	4=2,4 —	VIII enf. + —	1=0,6 —
IX enfants.	1=0,6 —	IX enf. + —	0
X enfants.	2=1,2 —	X enf. + —	1=0,6 —
XI enfants.	0 —	XI enf. + —	2,=1,2 —
XII enfants.	1=0,6 —	XII enf. + —	1=0,6 —

Nous pouvons ici, en passant, faire une remarque qui ne se rapporte pas absolument à notre sujet, mais ne manque cependant pas d'intérêt : les 165 femmes de nos observations ont eu, ensemble, 519 enfants ; comptant les nullipares, les primipares et aussi les multipares, cela nous donne une moyenne de 3 enfants par femme (exactement 3,14). Or, n'est-ce pas précisément cette

moyenne qui est demandée par famille par tous ceux qui s'occupent de la lutte contre la dépopulation en France ?

M. le docteur Jayle, en particulier, qui s'est mis en quelque sorte à la tête du mouvement, par des conférences et des articles publiés dans des feuilles quotidiennes, ne demande que ce nombre de 3 enfants par foyer. Notre statistique prouve, une fois de plus, que la classe pauvre ou peu aisée les fournit. Il est vrai pourtant que là encore nous trouvons presque 14 p. 0/0 des femmes qui sont restées stériles et 1,8 p. 0/0 qui n'a présenté que des avortements, mais la proportion des femmes qui ont eu 4, 5, 6 enfants reste relativement élevée ; et les grandes multipares, rares il est vrai, contribuent à relever la moyenne et compensent les multipares. En jetant un coup d'œil sur le tableau qui précède, nous voyons, en effet, que 13 femmes ayant eu un minimum de 8 enfants et un maximum de 12, donnent un total de *125 enfants*. Et toutes sont presque pauvres ; ce sont des blanchisseuses, des journalières, toutes ouvrières et femmes d'ouvriers. Ce n'est donc pas à cette classe de la société qu'il faut s'adresser pour lutter contre la dépopulation ; elle donne sa part ; c'est surtout à la classe moyenne, et plus encore à la classe riche, qu'il convient de demander des enfants ; car si nous pouvions faire une statistique semblable à celle-ci uniquement dans des familles riches, il est bien certain que le résultat obtenu serait fort au-dessous de la moyenne de 3 enfants par foyer, trouvée chez les pauvres.

Que cette petite digression nous soit pardonnée ; nous reprenons notre sujet. Quelle influence ont pu avoir les grossesses sur l'âge de la ménopause des 165 femmes examinées ?

Furent ménopausées	Avant 45 ans	De 45 à 50 ans	Après 50 ans
Sur 26 nullipares	8 = 30,7 o/o	16 = 57,6 o/o	3 = 11,5 o/o
Sur 29 I pares	4 = 13,7 o/o	15 = 51,7 o/o	10 = 34,4 o/o
Sur 23 II pares	0	13 = 56,5 o/o	10 = 43,4 o/o
Sur 26 III pares	6 = 23 o/o	20 = 76,9 o/o	5 = 19,2 o/o
Sur 16 IV pares	1 = 6,8 o/o	11 = 68,7 o/o	4 = 25 o/o
Sur 8 V pares	1 = 12,5 o/o	6 = 75 o/o	1 = 12,5 o/o
Sur 11 VI pares	0	6 = 54,5 o/o	5 = 45,3 o/o
Sur 8 VII pares	0	7 = 87,5 o/o	1 = 12,5 o/o
Sur 5 VIII pares	0	2 = 40 o/o	3 = 60 o/o
Sur 1 IX pares		1	
Sur 3 X pares	1	2	
Sur 2 XI pares	0	2	
Sur 2 XII pares	0	1	1

La première conclusion à tirer de ce tableau est que les femmes, quel que soit le nombre de leurs grossesses sont ménopausées en plus grande proportion de 45 à 50 ans, qu'à n'importe quel âge. Nous voyons que mêmes de grandes multipares, ayant eu 10, 11 ou 12 enfants n'ont pas échappé à cette règle qui, sans être générale, donne cependant une assez grosse majorité pour que cette période, de 45 à 50 ans puisse toujours être considérée *comme âge normal et moyen* de la ménopause. Les grossesses répétées de ces femmes, augmentées souvent de plusieurs fausses couches n'ont donc pas eu d'influen-

ce sur l'âge auquel elles ont vu la suppression de leurs règles. Il nous reste à déterminer ce point : d'après les proportions des autres cas, faut-il voir, avec certains auteurs les grossesses prolonger la durée de présence des règles, faut-il au contraire croire à l'atrophie de l'utérus et à la précocité de la ménopause ? Les résultats sont tellement variables qu'il est bien difficile de se prononcer nettement : des femmes ayant eu le même nombre d'enfants sont ménopausées les unes de bonne heure, les autres tardivement, indifféremment, semble-t-il. Et malgré cela, nous voyons se dessiner dans notre statistique la chose suivante : les ménopauses précoces sont plus fréquentes au début de la liste, c'est-à-dire chez les nullipares et les femmes qui eurent peu d'enfants ; la progression décroit à mesure que l'on s'avance vers un plus grand nombre de grossesses.

Elle diminue beaucoup jusqu'à cinq enfants pour cesser complètement de cinq à douze. Une seule femme fait exception : mère de 10 enfants elle fut ménopausée à 40 ans ; celle-ci peut rentrer dans le cadre de la seconde opinion ; son utérus doit être atrophié car l'examen au speculum montre un col tout petit, aux lèvres atrophiées. On constate une légère inflammation utérine et vaginale et, grâce à une déchirure du périnée, un léger prolapsus des parois antérieures et postérieures du vagin. A cette exception près, toutes les femmes qui ont plus de 5 enfants, si elles ne sont pas ménopausées à l'âge normal, de 45 à 50 ans, le sont tardivement, après 50 ans. A ce propos, une autre remarque : nous avons.

parmi les femmes qui eurent quatre enfants et ne furent ménopausées qu'après 50 ans, deux cas assez curieux qui se superposent presque exactement. Toutes les deux eurent 4 enfants et *5 fausses couches* : pour l'une, trois des fausses couches furent constatées par un médecin : pour l'autre, il y eut, après une fausse couche, rétention et curettage. Il est donc probable qu'elles eurent de vrais avortements et non pas des hémorragies avec caillots, après un retard des règles, que tant de femmes prennent à tort pour des fausses-couches. Leur appareil génital devait donc être considéré comme ayant fonctionné presque autant que celui des femmes qui ont mené à terme 9 grossesses. Et ceci serait en faveur de la première opinion émise, car elles ne furent ménopausées qu'à 52 ans, ne présentant aucune lésion (épithélioma par exemple) susceptible de prolonger leurs règles. Toutes deux avaient été réglées à 17 ans ; une seule avait été malade : scarlatine à 11 ans (sans complications). En un mot, leurs cinq fausses-couches ajoutées aux quatre accouchements à terme les mettent dans les mêmes conditions que les grandes multipares et elles se trouvent soumises aux mêmes lois.

Il semble donc, malgré la variété des résultats, que nous puissions conclure à la ménopause précoce chez les femmes stériles, ou peu fécondes, à la suppression tardive des règles chez celles qui eurent des grossesses répétées.

Comment s'établit la ménopause. — La méno-

pause peut s'établir *brusquement* sans que les règles aient cessé d'être régulières ; elle peut aussi s'établir *progressivement* en un an, deux ans et plus d'irrégularités. Il y a des périodes d'aménorrhée variant de quelques semaines à quelques mois, ou au contraire des hémorragies, souvent abondantes qui surviennent dans l'intervalle des règles ou après un retard plus ou moins considérable. Nous avons cherché à savoir si les grossesses pouvaient avoir une influence quelconque sur cet établissement de la ménopause et pour cela nous avons examiné successivement les nullipares et primipares, les femmes qui ont eu 2, 3 ou 4 enfants, et celles qui en ont eu 5 et au-dessus. Là encore les résultats sont loin d'être concluants. *Sur 89 femmes :*

Nullipares et primipares

Ménopause brusque, sur 36 femmes : 19 = 52,7 0/0
— progressive — 17 = 47,2 0/0

2, 3 ou 4 enfants

Ménopause brusque, sur 27 femmes : 8 = 29,6 0/0
— progressive — 19 = 70,3 0/0

5 enfants et au-dessus

Ménopause brusque, sur 26 femmes : 11 = 42,3 0/0
— progressive — 15 = 57,6 0/0

Le seul résultat qui mérite d'être retenu est le suivant : l'établissement *brusque* de la ménopause est plus fréquent chez les nullipares et les primipares ; il est au contraire plus souvent graduel, *progressif* chez les femmes à grossesses multiples. Mais il est impossible d'en tirer une règle générale puisque la proportion

des femmes de la seconde série est plus marquée encore dans ce sens que chez les femmes de la troisième, ce qui devrait être le contraire. Quoi qu'il en soit, la majorité des femmes voit la suppression des règles s'établir progressivement. Sur 89 femmes observées, nous avons :

Etablissement brusque de la ménopause 38 = 42,6 p. c.
— progressif — 51 = 57,4 —

Il n'est pas rare de voir les femmes consulter dès la période qui précède la ménopause, car cette période d'aménorrhée alternant avec des hémorragies ne se passe pas en général sans malaises, et troubles de toutes sortes. Les malades s'affaiblissent, deviennent plus nerveuses ; facilement oppressées, sont incapables d'efforts, de marches rapides etc... Il ne faut voir en tout cela que le début des troubles dus à l'insuffisance ovarienne. L'organe est, en effet, en voie d'atrophie, de régression ; sa sécrétion interne diminue de plus en plus jusqu'à cesser : *complètement* disent quelques auteurs, *incomplètement* dirons-nous avec les autres, au moins pendant un certain nombre d'années, et nous nous expliquerons dès maintenant ; une de nos 104 femmes observées personnellement fut ménopausée à 38 ans, brusquement après une pleurésie, sans douleurs ni malaises. Pendant 25 ans, elle n'éprouva *aucun trouble* d'insuffisance ovarienne, et ceux-ci ne commencèrent à se faire sentir que 25 ans plus tard. Ils se confondirent d'ailleurs avec le début des symptômes d'un épithélioma du col utérin, pour lequel la malade con-

sulta seulement quatre ans après, à 68 ans. Deux autres exemples confirment aussi cette hypothèse : il s'agit de femmes ayant été opérées après la suppression de leurs règles : la première ménopausée brusquement à 45 ans après une variole, ressentit dès cet instant des troubles marqués d'insuffisance ovarienne ; elle eut quelques années après, un kyste de l'ovaire droit, dont l'ablation fut faite par M. le professeur Pozzi — à l'âge de 55 ans. Cette femme revint à la consultation : les bouffées de chaleur, les troubles neurasthéniques, etc., avaient sensiblement *augmenté* depuis son ovariotomie. La seconde malade, ménopausée à 51 ans, observa exactement le même phénomène à 55 ans, après avoir fait opérer une hernie ombilicale qui fut suivie d'un abcès, puis d'une éventration.

Il y a donc tout lieu de supposer que l'ovaire en voie d'atrophie, continue à fonctionner pendant quelques temps après la ménopause : chez la première des femmes dont nous avons parlé, la sécrétion interne a dû être supprimée à la longue, peut-être par atrophie sénile de l'ovaire, peut-être sous l'influence de l'épithélioma au début. Chez la seconde, elle fut supprimée tout naturellement par l'ovariotomie ; chez la troisième enfin, elle dut l'être par atrophie complète de l'ovaire consécutive à cette opération suivie d'abcès et d'éventration, qui sans l'intéresser directement, put agir par de multiples causes, à nous inconnues : exposition à l'air pendant la laparatomie, contact d'objets étrangers, trouble de nutrition des tissus, mauvais état général, etc...

Donc, si la sécrétion interne de l'ovaire persiste quelque peu après la ménopause, il n'en est pas moins vrai qu'elle se trouve à cette période considérablement diminuée, puisque dans la plupart des cas, les troubles d'insuffisance apparaissent immédiatement.

Sur 104 femmes observées, 6 seulement, c'est-à-dire *5,7 pour cent* n'ont éprouvé aucun trouble. 10 en ont eu très peu : soit quelques rares bouffées de chaleur après les repas, supprimées peu après la ménopause, soit un peu d'énervement ou d'affaiblissement : mais cela n'est encore que *9,6 pour cent. Toutes les autres* ont souffert, et pendant un temps variant de deux ans à dix ans de malaises, de troubles assez gênants pour les forces à consulter. Le premier signe d'insuffisance ovarienne, celui qui ne manque presque jamais consiste en ce qu'il est convenu d'appeler « *des bouffées de chaleur* ». Remarqué autrefois par les auteurs anciens, mieux étudié plus tard, d'abord comme symptôme accompagnant la cessation naturelle des règles, puis comme trouble de la ménopause artificielle (Lévy. Ménopause opératoire. Bouffées de chaleur. Thèse Paris, 1900), il fut attribué successivement à la pléthore puis à l'insuffisance ovarienne. Les femmes du peuple désignent souvent ces bouffées par le nom de *vapeurs* ou encore de *poussées de sang*. Elles surviennent surtout après les repas, sont provoquées par les émotions, même très minimes, sont fréquemment accompagnées de sueurs à la face et à la tête, et peuvent être nocturnes éveillant les femmes et les for-

çant à se découvrir. Elles peuvent enfin provoquer des sueurs froides et les malades sont fort incommodées par des frissons fréquents.

Nous avons cherché à savoir si les bouffées de chaleur étaient produites de préférence chez des femmes ayant eu, ou nom, de nombreuses grossesses : mais il semble bien qu'il n'y ait aucun rapport entre ces dernières et les bouffées.

Sur 98 femmes ayant présenté après la ménopause des symptômes d'insuffisance ovarienne, nous en trouvons 72 qui ont eu des bouffées de chaleur (= 73.4 %). Elles furent légères chez quelques-unes, violentes et fréquentes chez les autres, mais nous ne voyons pas que le nombre de grossesses ait pu influer sur ces caractères. Nous voyons bien cependant que les 6 femmes (sur 14) qui n'ont jamais présenté aucun trouble d'insuffisance ovarienne étaient des multipares (3 enfants, 5, 5, 5, 6, et 7); l'étaient aussi celles qui n'ont été que peu troublées. à l'exception d'une primipare et d'une nullipare. Mais pour toutes les autres, les bouffées de chaleur forment le symptôme le plus généralement observé et plus ou moins accentué ; elles le présentent dans *73 pour cent des cas*..

Troubles neurasthéniques : Viennent ensuite par ordre de fréquence les troubles provoqués par l'affaiblissement du système nerveux ; nous ne parlerons pas ici des crises d'hystérie ou d'épilepsie, affections qui semblaient guéries depuis de longues années, et se réveillent ou s'accentuent davantage à la période de suppres

sion des règles. Nous ne rechercherons que les petits symptômes qui sont de beaucoup les plus fréquents. Les *céphalagies*, les *névralgies* diverses, les migraines sont souvent observés : sur 98 malades nous les trouvons 36 fois c'est-à-dire dans 36,7 % des cas ; mais nous croirions volontiers que ce détail a quelquefois été omis dans l'interrogatoire des femmes, car personnellement, nous l'avons rencontré plus souvent encore. Nous trouvons le même nombre de femmes, 36 sur 98 = 36,7 %, dont le *sommeil* est moins bon depuis la ménopause. Il est plus léger, agité, et fréquemment troublé par des cauchemars, souvent effrayants. Nous avons vérifié, en prenant nos observations que ces cauchemars dataient bien de l'établissement de la ménopause et n'étaient pas dus à des habitudes d'éthylisme anciennes ou même acquises depuis. Citons en même temps les vertiges, les éblouissements que l'on retrouve presque toujours, ainsi que les palpitations fréquentes (Bailleau-Tachycardies à la ménopause. Th. Paris 1901.) Vient enfin *l'asthénie neuro-musculaire* : les femmes s'affaiblissent peu à peu, et nous pouvons d'autant mieux le constater que dans notre clientèle d'hôpital, presque toutes les malades se livrent à un travail souvent très pénible ; quelques-unes se décident à venir consulter parce que, disent-elles, il leur devient impossible de continuer leur travail habituel. Beaucoup arrivent même à ne plus faire leur besogne ménagère, même peu fatigante, tant elles se sentent épuisées. Ce symptôme cependant n'est pas général ; les forces sont quelquefois conservées.

Parmi nos 98 malades 28 seulement se sont trouvées très affaiblies = 28,5 o/o.

Modifications du caractère. — Ce trouble dépend un peu de l'état nerveux (§ précédent), et s'observe très souvent. Les malades deviennent irritables : avouent elles-mêmes se mettre en colère bien plus facilement qu'autrefois. Impatientes, capricieuses, émotives, elles pleurent pour la plus petite contrariété, quelquefois sans raison aucune ; l'une d'elles nous avouait que son mari et ses enfants l'énervaient ; elle s'isolait volontairement et au bout d'un instant pleurait parce qu'elle était malheureuse d'être aussi seule. De là aux idées noires il n'y a qu'un pas et quelques-unes, plus nerveuses et mélancoliques, moins distraites chez elles peut-être par des occupations forcées de chaque jour, en arrivent vite aux idées de suicide. Nous ne citerons qu'en passant les maladies mentales qui se révèlent parfois à l'époque de la suppression des règles, le fait est connu et a depuis longtemps été étudié (1). Ce qui est le plus fréquent, c'est la tristesse du caractère, la mélancolie légère, les pleurs trop faciles. Sur nos *98 femmes* observées et présentant des troubles d'insuffisance ovarienne 26=26,6 pour 100 avouaient des idées noires. 2 seulement allaient fréquemment jusqu'à songer au suicide.

L'affaiblissement de la mémoire accompagne souvent la ménopause ; et il est en général si sensible que des

(1) Bruant : Mélancolie survenue à l'époque de la ménopause (thèse Paris 1888).
Guimbail : De la folie à la ménopause (thèse Paris 1884).

femmes, peu habituées à s'observer et à se rendre compte de leurs sensations, le remarquent dès le début et souvent en parlent elles-mêmes quand elles viennent consulter. Ces malades oublient surtout les petits faits de chaque jour ; sortent-elles ? sous peine d'oublier une partie de leurs achats, elles doivent auparavant en écrire la liste. Elles oublient les dates, les noms de rues ou de personnes, ne sont capables qu'avec un interrogatoire minutieux de se rappeler les phases d'une maladie, l'époque d'une opération, d'un accouchement. Beaucoup s'affectent tellement de cette amnésie, qu'elle augmente leur tendance à la mélancolie et aux idées noires, et les porte à se croire désormais incapables d'un travail utile à leur foyer. Le résultat de notre statistique à ce sujet, toujours basé sur 98 femmes est de *31.6 p. 0/0*.

Viennent ensuite les troubles de nutrition, caractérisés par des éruptions, du prurit, rarement le début d'un goitre, souvent de l'embonpoint, parfois de l'amaigrissement. Il semble que l'embompoint cependant soit le plus fréquent ; on le remarque d'ailleurs chez des femmes ménopausées artificiellement par l'ablation des annexes : chez celles aussi qui, dans le cours de leur vie génitale, ont des règles rares, peu abondantes, et présentent des signes d'insuffisance ovarienne : il est presque normal chez les femmes après la suppression des règles.

Nous l'observons ici dans 24,1 o/o des cas. Il est vrai que l'amaigrissement pourrait sembler en plus grande proportion, car nous avons ici 33,6 o/o ; mais il convient de dire que 9 seulement des femmes amaigries

depuis la ménopause (sur 33) ne présentaient pas de lésions susceptibles d'amener non seulement l'amaigrissement, mais encore la cachexie. Des 24 autres femmes, dont les observations ont été soigneusement revues, 14 étaient atteintes de cancer de l'utérus, 1 de cancer du sein, 1 d'épithélioma anal, 1 d'épithélioma de l'estomac, 4 de fibrômes, 1 de métrite sénile grave, 1 de prolapsus total avec ulcération, 1 de calculs dans la vésicule biliaire. Si nous retirons donc ces 24 *malades* de notre statistique il nous reste 74 femmes, sur lesquelles 9 seulement ont maigri sensiblement après la ménopause naturelle =12,1 o/o.

Les troubles gastro-intestinaux sont encore un grand sujet de plaintes des ménopausées et le motif fréquent de leur visite à l'hôpital. Elles éprouvent en effet, assez souvent, des nausées, des pesanteurs, ont parfois des vomissements, une diminution sensible de l'appétit, des digestions lentes et pénibles (d'autant plus qu'elles sont alors accompagnées de bouffées de chaleur). Sur les 98 femmes de nos observations, nous en avons trouvé 24 (=24,4 o/o) qui présentent nettement ce symptôme ; 12,2 o/o ont en même temps une constipation opiniâtre, qu'elles ont à combattre constamment.

Enfin, passons en revue en quelques lignes les troubles apportés dans le fonctionnement des organes des sens : l'ouïe se perd rarement, mais devient moins bonne ; elle est moins vive, peu nette. Les malades reconnaissent ce changement, disent qu'elles ne sont pas

sourdes, mais qu'elles ont depuis quelque temps « l'oreille dure ».

Nous pensons d'ailleurs qu'à ce léger affaiblissement de l'ouïe s'ajoute un certain manque d'attention ; les malades ont du mal à fixer leur esprit et quand on les interroge, semblent faire effort pour vous écouter, comprendre et répondre. Elles font parfois répéter une question et nous avons eu souvent cette sensation qu'elles oublient aussitôt entendus, les premiers mots d'une phrase pour ne se rappeler que les derniers. D'où enchaînement défectueux et demande de répétition de la phrase. Nous restons persuadée que ces malades attribuent fréquemment à l'affaiblissement de l'ouïe, un trouble de la mémoire immédiate et un défaut d'attention que l'on retrouve chez un grand nombre de ménopausées, nous le croyons d'autant mieux que leurs troubles sont intermittents. Ces femmes accusent souvent aussi des bourdonnements d'oreilles très gênants, des sifflements, des bruits divers. L'une de nos observées s'imaginait toujours entendre tomber la pluie.

Malheureusement, notre statistique ne va porter que sur un nombre assez restreint de femmes, car toutes n'ont pas été interrogées au point de vue des changements produits sur les organes des sens. Sur 67 femmes interrogées 16 (= 23.7 o/o) ont accusé des troubles divers mais 2 ou 3 seulement commençaient à devenir vraiment sourdes. *La vue* est généralement beaucoup plus atteinte ; non seulement les ménopausées se plaignent de brouillards, de vue troublée, etc., mais dans la

plupart du temps, il s'agit d'un affaiblissement réel de la vue et nombreuses sont les femmes qui, vers 50 ans se voient forcées de porter des verres pour corriger un défaut d'acuité visuelle datant de la ménopause.

Sur 67 femmes, 43 (= 64,1 %) se sont trouvées dans ce cas. Nous ne parlons pas cependant de la cataracte sénile qui souvent débute vers l'âge de la suppression des règles : il s'agit là, non pas à proprement parler d'un trouble de l'œil, mais d'une lésion de nutrition du cristallin, et en particulier, la diminution de la proportion d'eau contenue normalement dans ses éléments, serait une cause immédiate de son opacité.

La phonation est quelquefois aussi sujette aux troubles de l'âge critique des femmes ; la voix devient un peu plus rauque, plus basse. Quelques malades se plaignent d'avoir la voie « couverte », la voie « enrouée ». Malheureusement, il nous est difficile de contrôler ce détail, un grand nombre de nos observations ayant été prises chez des femmes du peuple qui s'en apercevaient à peine et ne s'en occupaient pas. Dans les classes élevées de la société, ces cas sont plus remarqués, surtout chez les personnes qui ont l'occasion de chanter souvent. Non seulement la voix s'affaiblit un peu, mais *elle baisse :* une voix de soprano devient généralement mezzo-soprano. Nous avons constaté ce fait très nettement chez une jeune femme de trente ans, artificiellement ménopausée par une ovariotomie double ; après sa convalescence, la voix reprit peu à peu son ampleur, le timbre n'en fut pas altéré, mais la malade dut baisser d'un ton et parfois de

trois demi-tons, les mélodies qu'elle chantait sans fatigue avant son opération.

Les autres troubles d'insuffisance ovarienne après la ménopause sont trop connus pour qu'il soit la peine de nous y arrêter : ils relèvent des troubles de nutrition dont nous avons déjà parlé. Que la femme prenne de l'embonpoint ou bien qu'elle s'amaigrisse, ses formes ne gardent plus l'ensemble harmonieux qu'elles présentaient auparavant. Les seins sont affaissés quelquefois, mais pas aussi souvent cependant que bien des personnes se l'imaginent. Nous trouvons de bons tissus souples et des seins maintenus en bon état chez des ménopausées qui cependant ont eu 5 ou 6 enfants. Nous avons pu le voir chez 47 femmes de nos observations : 7 avaient des seins amollis, flasques (= 14,8 0/0) et 42 les présentaient normaux et sans modification aucune depuis la ménopause (= 85,30/0). Il est vrai que sur les 7 premières, 5 avaient eu respectivement 5,5, 6, 7 et 9 enfants mais cela ne prouve rien, car les 2 autres étaient des primipares et comme nous le disions plus haut, une assez grande proportion des 42 autres (25 = 59,5 0/0) avait eu un minimum de 3 enfants.

Ces troubles de nutrition se portent souvent sur les tissus des organes vulvaires qui s'amollissent et se décolorent un peu (sans présenter de lésion) ou bien se sclérosent et s'atrophient nettement. On note parfois du kraurosis inflammatoire, dont il a déjà été question, du prolapsus vaginal dans les vulves larges des grandes multipares, enfin quelques troubles divers.

Sur 65 femmes dont l'examen a été fait à ce point de vue, nous trouvons :

Vulve normale, tissus souples : 24 = 36,9 p. cent.
Sclérose, pâleur de la muq, atrop. des org. 24 = 36,9 p. c.
Kraurosis : p. rouges d'infl. sur lés. de scl. 6 = 9,23
Léger degré de colpocèle antérieure ou post. 8 = 12,3
Varices, eczéma, envahiss. de la vulve par un épith. du col..... 3 = 4,6

Il nous semble que nous avons passé en revue tous les principaux symptômes qu'il était possible d'étudier d'après nos observations, et vu les influences susceptibles d'agir sur l'établissement de la ménopause ; nous pouvons en déduire les conclusions suivantes :

CONCLUSIONS

1° Age de la ménopause. — Sur 170 femmes examinées : 12.9 0/0 sont ménopausées avant 45 ans ; 61,7 0/0 de 45 à 50 ans, et 25,3 0/0 après 50 ans. L'âge normal et moyen de la suppression des règles est donc entre 45 et 50 ans,

2° Les femmes ménopausées avant 45 ans et surtout avant 40 ans ne sont généralement pas normales et peuvent être considérées comme *des malades*. 81,8 0/0 sont dans ce cas d'après notre statistique.

3° Les règles prolongées après 50 ans sont suspectes et il convient d'examiner soigneusement et *souvent* les femmes encore réglées à cet âge.

4° Le cancer utérin, bien que favorisé par la ménopause, qui en accélère l'évolution, ne peut pas être appelé « une maladie » de la ménopause. Dans 47,5 0/0 des cas, il débute bien avant la suppression des règles ; dans 23,6 0/0, après la ménopause, dans un temps variant de

3 ans à 15 ans. Enfin il peut débuter l'année même de la suppression des règles.

5° Les femmes réglées de bonne heure ont une ménopause précoce; de même celles qui sont réglées tard ont une ménopause tardive.

6° Malgré les grossesses répétées, la suppression des règles se rencontre pour la majorité des femmes, entre 45 et 50 ans. Cependant, les ménopauses précoces sont plus fréquentes chez les femmes stériles ou peu fécondes ; les ménopauses tardives chez les grandes multipares.

7° La ménopause s'établit brusquement dans 42,6 o/o des cas, et progressivement, après une période d'irrégularités, dans 57,5 0/0.

8° Il semble qu'elle soit brusque chez les nullipares et primipares, progressive chez les multipares ; mais les résultats sont trop peu probants pour nous permettre d'affirmer cette conclusion.

9° Sur 104 femmes observées : 5,7 o/o n'ont présenté après la ménopause, aucun trouble d'insuffisance ovarienne ; chez 9,6 o/o, ils furent très légers : chez toutes les autres = 84,7 o/o, ils furent marqués. Il est à remarquer que les premières et les deuxièmes étaient des multipares.

10° Le symptôme désigné sous le nom de « bouffées de chaleur » se rencontre dans 73 o/o des cas. Les céphalalgies, névralgies, migraines, sont trouvées chez 35,7 o/o des femmes. Même proportion 36,7 o/o dont le

sommeil est moins bon et troublé par des cauchemars ; 28,5 o/o présentent une asthénie neuro-musculaire marquée. Presque toutes les ménopausées constatent des modifications du caractère, et 26,6 o/o ont avoué avoir des idées noires.

11° La perte, ou au moins l'affaiblissement de la mémoire est constatée chez 34,6 o/o des ménopausées.

12° L'embonpoint est marqué dans 25 o/o des cas. L'amaigrissement semble fréquent, mais il faut retrancher tous les cas d'épithéliomas ou d'affections cachectisantes. Constaté sans lésions, et datant de la ménopause, nous le trouvons 12 fois sur cent.

13° 24,4 pour cent de ménopausées ont des digestions pénibles ; 12,2 pour cent combattent une constipation opiniâtre.

14° Nous constatons des troubles de l'audition dans 23,7 pour cent des cas, de la vue 64 pour cent.

15° L'affaissement des seins se présente 14 fois, 8 pour cent ; ils restent normaux dans la grosse majorité des cas.

Les troubles atteignent souvent les tissus des organes vulvaires ; la vulve reste normale et ses tissus souples chez 37 femmes sur cent.

Vu : Le Président de Thèse :

S. POZZI.

Vu : Le Doyen :

D. LANDOUZY.

Vu et permis d'Imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Armand. — Age critique des femmes (Thèse Paris 1820).

Astruc. — Traité des maladies des femmes (1765).

Barbier. — Influence de la menstruation sur les mal. mentales (Th. Paris 1849).

Batigne. — Exposé de la ménopause naturelle Paris 1908 XII.

Barié. — De la ménopause Th. P. 1877.

Bruand. — Mélancolie survenue à l'époque de la ménopause Th. P. 1888.

Béclard. — Mal. des femmes à la cessation des menstrues Th. P. An X.

Cook. — Some observations on the menopause. Am. J. Obst. N. Y. 1902.

Dalché. — Métrorrhagies de la ménopause. Bull. Méd. Paris 1908 XII p. 113.

Craig. — The menopause. J. Am. Ass. Chicago 1908 LI 1507.

Drake. — What a woman of forty-five ought to know. Philadelphia 1902.

Faure et Siredey. — Traité de Gynécologie.

Garasse — Meustruation et cancer de l'utérus (Th. P. 1827).

Jallon. -- Age critique des femmes (Th. P. an XII).

Jayle, -- Cancers utérins. Revue de Gyn, Mars-Avril 1908.

Jayle. -- Ménopause artificielle.

Jayle. -- Résultats éloignés de la castration chez la femme. Presse Médicale 1895.

Lamaze. -- Cessation du flux menstruel. Th. P. an XIII.

Lefevre. -- Ménespausie, Th. P. 1726.

Lévy. -- Ménopause artificielle. -- Bouffées de chaleur, Th. P. 1900.

Le Bazic. -- Mén. naturelle ; opothérapie ovarienne, Th. P. 1899.

Maladière. — Ménespausie ou cessation des menstrues. Th. Paris 1818.

Pozzi et Jayle. — Traité de Gynécologie.

Robin et Delché. — Maladies des femmes.

Sutton et Giles. --- Diseases of women 1897.

Vinay. --- La psychologie de l'âge critique. Lyon Méd. CX, 51-54.

White. --- Post-menopause hemorrhage Texas State J. N Fort Worth 1908. q. IV 156.